VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 46)
z dnia 25 października 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 46)

25 października 2017 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Sławomira Zawiślaka (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat stanu prac nad zmianami w systemie organizacji rehabilitacji medycznej. Aktualne działania,

– informację Ministra Zdrowia na temat programów profilaktyki zdrowotnej dla osób starszych,

– sprawy bieżące.

W posiedzeniu wzięli udział: **Piotr Gryza** i **Zbigniew Król** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Woch** pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Krzysztof Kaca** naczelnik Wydziału ds. Projektów Departamentu ds. Programów Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **Zbigniew Wroński** wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Jerzy Karwowski** prezes Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie, przedstawiciel Pracodawców RP, **Barbara Kosmalska** starszy inspektor Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji Adaptacja, **Jerzy Mądry** z „Głosu Seniora", Stowarzyszenie Manko, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, **Iwona Kałaska** przewodnicząca Rady Seniorów Bemowo, **Barbara Szymańska** i **Zofia Marszałek** członkinie RS Bemowo, **Rafał Sapuła** stały doradca Komisji oraz **Andżelika Wereda** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięły pracownice Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Ewa Soroka** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Otwieram 46. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam panie i panów posłów, panów ministrów, przedstawicieli ministerstw oraz wszystkich pozostałych gości. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje dwa punkty: pierwszy punkt – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat stanu prac nad zmianami w systemie organizacji rehabilitacji medycznej; Aktualne działania, drugi punkt – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat programów profilaktyki zdrowotnej dla osób starszych. Czy ktoś jest przeciwko przyjęciu porządku dziennego? Nie słyszę, stwierdzam zatem jego przyjęcie. Realizując porządek dzisiejszego posiedzenia, najpierw poproszę o zabranie głosu pana Piotra Gryzę podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, i przedstawienie informacji na temat stanu prac nad zmianami w systemie organizacji rehabilitacji medycznej. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Informacja o stanie prac nad zmianami w systemie organizacji rehabilitacji medycznej dotyczy kilku sfer. Po pierwsze, 27 czerwca br. zostały opublikowane wykazy szpitali, które weszły do systemu zabezpieczenia, ten system zaczął działać od 1 października. Mówię o tym dlatego,

że do systemu zabezpieczenia, czyli do tzw. sieci szpitali została dołączona również rehabilitacja, to znaczy, przyjęto zasadę, że jeśli szpital wchodzi do systemu zabezpieczenia, to rehabilitację realizowaną w warunkach stacjonarnych i w warunkach dziennych dołącza się do kontraktu Narodowego Funduszu Zdrowia i podmiotu leczniczego wykonującego te świadczenia. Znaczna część świadczeń rehabilitacji realizowanej w warunkach dziennych i w warunkach stacjonarnych znalazła się w systemie sieci szpitali. To umożliwia kontraktowanie świadczeń w zakresie tej rehabilitacji bez ogłaszania konkursów ofert, a także pewną całościową koordynację świadczeń na poziomie podmiotu leczniczego. Trzeba powiedzieć, że do systemu zabezpieczenia w takiej sytuacji wchodzą wszystkie rehabilitacje, które są realizowane w warunkach stacjonarnych i dziennych, ale w szczególności należy wymienić rehabilitację ogólnoustrojową, neurologiczną, kardiologiczną, pulmonologiczną, rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.

Do systemu zabezpieczenia, czyli do tzw. sieci szpitali nie została włączona rehabilitacja ambulatoryjna oraz porady rehabilitacyjne lekarskie. Wynika to z systemowego założenia, że pewien zakres regulacji państwa określa te szczególne dziedziny, które powinny się znaleźć w systemie zabezpieczenia, czyli w tzw. sieci szpitali, a w pozostałym zakresie – w szczególności dotyczy to rehabilitacji ambulatoryjnej – dostęp do środków publicznych, a więc tym samym gwarantowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów podlega tym samym regulacjom co obecnie: wybór oferentów odbywa się w drodze konkursu ofert. W części oddziałów wojewódzkich, czyli w części województw już przeprowadzono te konkursy. Ta sytuacja układa się różnie, dlatego że w części oddziałów konkursy przeprowadzono w całości na rehabilitację ambulatoryjną; w części na rehabilitację dzienną wykonywaną w warunkach dziennych i stacjonarnych. Przy czym w zależności od oddziału, ze względu na pewne uwarunkowania logistyczne, część oddziałów przeprowadziła te konkursy od razu, część będzie je przeprowadzała w połowie przyszłego roku. To jest jedna istotna informacja dotycząca rehabilitacji i sytuacji z rehabilitacją pod względem systemowym.

Kolejna istotna informacja jest taka, że 1 stycznia br. prezes NFZ dokonał istotnej zmiany wyceny, ale nie tylko samej wyceny, lecz także pewnej zmiany produktowej rehabilitacji. Generalnie rzecz ujmując, sprowadza się to do tego, że po prostu uwzględniono – można powiedzieć wzorem lecznictwa szpitalnego – podział na pewne grupy skomplikowania. W lecznictwie zamkniętym to są jednorodne grupy pacjentów; tutaj zostały wyspecyfikowane grupy ściśle zdefiniowane, które mają różną wycenę za osobodzień. To jest także istotna zmiana w organizowaniu i dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, która pozwala na bardziej adekwatną organizację w udzielaniu świadczeń rehabilitacji przede wszystkim w zakresie rehabilitacji szpitalnej.

Następna istotna kwestia, ona być może państwa najbardziej zainteresuje, to jest duży projekt realizowany obecnie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, który na zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2016 r., 13 października 2016 r. i 12 lipca 2017 r. zlecił AOTMiT opracowanie całościowego systemu organizacji i finansowania świadczeń rehabilitacyjnych. Ta praca w tej chwili trwa, zostały utworzone zespoły analityczne, powołano też komitet sterujący, który całościowo zajmuje się tym projektem.

Istotną sprawą jest to, że świadczenia rehabilitacyjne są finansowane przez trzy podmioty: NFZ – finansowanie w roku 2016 rehabilitacji leczniczej było na poziomie 2,2 mld zł w pozycji rehabilitacja lecznicza, a uzdrowiska na poziomie około 600 mln zł; Zakład Ubezpieczeń Społecznych – finansowanie rehabilitacji na poziomie ok. półtora mld zł oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. To jest jedno z istotnych zagadnień, którym zajął się zespół, czyli zarówno wymianą informacji, jak i zdefiniowaniem tych zakresów, czy powielaniu tych, które mogą być finansowane przez te trzy instytucje. Drugie istotne zagadnienie jest takie, że chcemy do tego podejść całościowo i, tak jak wspomniałem, w inny sposób zdefiniować opis realizacji świadczenia zdrowotnego w przypadku rehabilitacji leczniczej, inaczej opisać relacje pomiędzy tymi produktami i wreszcie zdefiniować i wycenić to przez agencję taryfikacji.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli – prace w AOTMiT trwają, to jest po prostu gorąca rozgrzewana, kuta stal – poprosiłbym panią dyrektor, która bezpośrednio uczestniczy

w tym projekcie, żeby państwa poinformowała, jak w tej chwili przebiegają prace i kiedy można je będzie zakończyć.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Oczywiście. Dziękuję panu ministrowi za wprowadzenie i proszę panią dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Kamila Malinowska:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo. Nazywam się Kamila Malinowska, jestem zastępcą dyrektora Departamentu Analiz i Strategii, w którym odpowiadam za wykaz świadczeń gwarantowanych, w tym m.in. za zakres rehabilitacji leczniczej.

W uzupełnieniu tego, co powiedział pan minister, chciałabym przekazać, że obecnie jesteśmy na etapie, kiedy została przeanalizowana część świadczeń z zakresu opieki rehabilitacji onkologicznej, neurologicznej i pediatrycznej, co pozwoliło nam na to, żeby zweryfikować, z jakimi kwestiami i jakie kluczowe czy strategiczne elementy rehabilitacji lecznicze wymagają restrukturyzacji. W swojej pracy określiliśmy pięć filarów, które pozwalają na to, żeby zająć się całościowo obszarem rehabilitacji leczniczej.

Pierwszym filarem jest pacjent, co do którego nie mamy wątpliwości, że powinien być odpowiednio oceniony pod względem potrzeb rehabilitacyjnych i zakwalifikowany do jednoimiennej czy oceniony według jednoimiennej grupy pod względem ustalonych u tego pacjenta potrzeb. Dziś wiemy, że specjaliści mają do dyspozycji wiele różnych sposobów i skal oceny zdrowia pacjenta, co daje bardzo dużą różnorodność ich kwalifikacji. Zależy nam na tym, żeby ujednolicić standard postępowania z pacjentem i w tych obszarach, w tych zakresach, gdzie taka opieka może być ujednolicona i ustandaryzowana, chcielibyśmy zaproponować jednolity system oceny stanu funkcjonalnego pacjenta, który pozwoli nam na to, żeby efekt zdrowotny wynikający z procesu rehabilitacji leczniczej mógł być oceniony.

Drugim filarem, który wyznaczyliśmy w ramach naszych prac, są warunki realizacji świadczeń, powinny one odpowiadać potrzebom zdrowotnym poszczególnych grup pacjentów. Dziś obowiązują ogólnie zdefiniowane świadczenia, porady specjalistyczne, czy zabiegi rehabilitacyjne, dla których mamy jednolity standard oceny i jednolite warunki realizacji. A widzimy konieczność zróżnicowania czy dostosowania np. kompetencji fizjoterapeutów, zajmujących się pacjentami, do stanu funkcjonalnego pacjentów. Pacjenci, u których występuje wielochorobowość, zaawansowany proces zwyrodnieniowy, czy dodatkowe obciążenia w postaci choroby onkologicznej, albo są po urazie wielonarządowym, wymagają lekarzy, rehabilitacji i fizjoterapeutów, których doświadczenie i kompetencje będą znacznie większe niż doświadczenie i kompetencje fizjoterapeutów, którzy mogą wspierać pacjentów w procesie powrotu do zdrowia po drobnych urazach.

Trzecim filarem naszych prac są narzędzia pomiarowe; to konieczny element do tego, aby stworzyć obiektywny system pomiaru stanu zdrowia i wykorzystywać go przy ocenie realizacji efektów zdrowotnych wynikających z zastosowanych procedur rehabilitacji. Chcielibyśmy lekarzom fizjoterapeutom stworzyć taką możliwość, żeby mogli sprawdzić, czy usystematyzować schemat oceny efektów zdrowotnych, aby mogli też sprawdzić i dostosować proces rehabilitacji do potrzeb pacjentów w trakcie procesu terapeutycznego. Dziś nie mamy wątpliwości, że w części ośrodków taka procedura może się odbywać. Ale nam zależałoby na tym, żeby we wszystkich procesach, gdzie ocena efektu terapeutycznego podczas trwania rehabilitacji jest istotna, ta procedura była rutynowo i standardowo wprowadzana, aby jakość opieki nad pacjentami została zachowana.

Czwartym filarem jest oczywiście efektywność systemu, który chcielibyśmy zaproponować. On w dużej mierze wynika też z tego, jak opiszemy klasyfikację, jakie wprowadzimy skale pomiarowe.

Piątym filarem jest koordynacja opieki zarówno w obszarze rehabilitacji leczniczej, jak również w innych obszarach szeroko rozumianej rehabilitacji społecznej czy zawodowej. Pan minister wcześniej przedstawił państwu informacje, że dziś działania czy finansowanie rehabilitacji leczniczej pokrywają się z różnymi obszarami. Nam by zależało na tym, żeby wprowadzić system koordynacji, który pozwoli dostosować taki zakres

i obszar rehabilitacji, jak również kompetencje specjalistów, żeby zapewnić pacjentom w Polsce jak najlepszą opiekę rehabilitacyjną. To są podstawowe filary w tym obszarze.

Co dalej? Zaczęliśmy już (po wcześniejszych pracach poszczególnych zespołów specjalistów) prace nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wymaga to od nas uporządkowania i definicji zawartości świadczeń, procedur, klasyfikacji, które są wprowadzane. Spodziewam się, że te prace mogą nam zająć do sześciu miesięcy. Po tym okresie w przyszłym roku będziemy mieli możliwość przedstawienia do konsultacji publicznych projektu rozporządzenia, który pozwoli nam na wprowadzenie zmian w tym zakresie.

Równolegle oczywiście toczą się prace dotyczące wyceny świadczeń rehabilitacyjnych; od tego wszystkie nasze prace się rozpoczęły. Wycena jest w tym momencie weryfikowana, nie wiemy jeszcze, które świadczenia uda się nam zweryfikować do końca tego roku. W systemie rehabilitacji proste wydanie pieniędzy na wszystkie procedury, może nie pozwolić na uzyskanie efektu w postaci poprawy dostępności do świadczeń, czy poprawy efektów zdrowotnych, które można by osiągnąć. Zresztą agencja ma zakończyć taryfikowanie poszczególnych świadczeń do końca roku na, i ten termin powinien być dotrzymany.

Nie ulega wątpliwości, że rehabilitacja tak jak pozostałe zakresy świadczeń gwarantowanych, ciągle się zmienia i naszym zadaniem jest dbanie o to, aby dostosować zakres rehabilitacji leczniczej do postępu w medycynie, zapewniając jednocześnie dostępność, jak i jakość na poziomie zgodnym z potrzebami zdrowotnymi pacjentów. Tyle z mojej strony. Bardzo państwu dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Czy ktoś z pań i panów posłów chce zabrać głos? Później zapraszam także naszych gości do dyskusji. Pan przewodniczący poseł Michał Szczerba. Proszę bardzo.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo. Jesteśmy na takim etapie, że dokonujemy wstępnych podsumowań, jak w praktyce sprawdza się ustawa o sieci szpitali i jakie powoduje zmiany dla pacjentów oraz dla podmiotów leczniczych. Chciałbym, żeby pan minister jeszcze raz nam to wyjaśnił – jaki jest w tym momencie status szpitali, które nie znalazły się w sieci szpitali, a prowadziły i prowadzą rehabilitację leczniczą czy to w warunkach stacjonarnych, czy też w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego?

W czasie dyskusji i konsultacji społecznych nad ustawą o sieci szpitali pojawił się problem szpitali monoprofilowych, szpitali, które są na tyle specjalistyczne, że prowadzą świadczenia medyczne z dwóch profili, np. rehabilitacji i ortopedii. Pytanie jest następujące – co z tą grupą szpitali, które nie znalazły się w sieci szpitali? Pan minister mówił, że będą rozpisane konkursy, ale chcielibyśmy usłyszeć konkretne dane. Czy wejście w życie ustawy od 1 października nie spowodowało tego, że istnieją podmioty lecznicze, które w jakiejś mierze nie mogą realizować wcześniej wykonywanych świadczeń medycznych? To jest jedna rzecz.

Druga sprawa – musimy jednak wrócić, bo nigdy tego dosyć, do kwestii oddziałów geriatrycznych, co dość ściśle się wiąże z ustawą o sieci szpitali. Wiemy o tym, panie ministrze, że 28 szpitali I i II profilu może nie mieć tych oddziałów geriatrycznych. Chciałbym, żeby pan minister bardzo szczegółowo nam przedstawił, jak wygląda sytuacja tych 28 podmiotów leczniczych, które prowadziły wcześniej szpitalne oddziały geriatryczne? W stosunku do których wojewódzkie oddziały Funduszu aneksowały umowy i na jak długo? Dla których już zostały lub będą rozpisane konkursy? Chciałbym, panie ministrze, abyśmy otrzymali na ten temat szczegółowe informacje.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Chętnie odpowiem na pytania o geriatrię, chociaż geriatria wykracza poza zakres tematyczny spotkania tej Komisji. Dlatego jeśli chodzi o dokładne liczby, to mogę nie wszystko pamiętać.

Sytuacja geriatrii w sieci. Przede wszystkim wychodzimy z takiego założenia, że w Polsce jest bardzo mało geriatrów. Jest ich około 400 i zależy nam na kształceniu lekarzy geriatrów, a więc na tym, żeby nowe oddziały geriatryczne powstawały przede wszystkim przy placówkach naukowo-dydaktycznych, ponieważ lekarz geriatra jest potrzebny w każdym szpitalu nie tylko na oddziale geriatrycznym, ale na wszystkich oddziałach. Starszy pacjent powinien otrzymać wsparcie geriatryczne w każdym miejscu, w którym się znajduje, nie tylko w szpitalu, ale również geriatra powinien służyć konsultacją lekarzowi POZ zwyczajnie po to, żeby ograniczyć liczbę ordynowanych leków. To jest pierwsza przesłanka.

Druga przesłanka jest taka, że w rozumieniu ustawy profile… Budowaliśmy system zabezpieczenia opierając się na pojęciu koszykowym, czyli profilu, a nie na pojęciu organizacyjnym (czyli oddziału). Profile geriatryczne znalazły się w szpitalach III stopnia oraz szpitalach ogólnopolskich, a także tych szpitalach, które miały… Zresztą jest taki jeden szpital, który prowadzi tzw. klinikę na bazie, czyli kształci lekarzy pomimo tego, że ta baza nie stanowi własności szpitala klinicznego. Takich szpitalu jest 18. Oddziały geriatryczne, które nie spełniały tej kwalifikacji, ale spełniały kwalifikację taką, że miały podpisany kontrakt co najmniej na dwa lata kalendarzowe… To zresztą stanowiło kryterium budowy sieci.

Dlaczego istotne było dwuletnie kryterium budowy sieci? Dlatego że do systemu zabezpieczenia zostały wprowadzone te podmioty, które pełnią ważną rolę w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Zresztą w systemie zabezpieczenia jednym ze sposobów finansowania świadczeń jest ryczałt, przy czym od razu wspomnę, że to jest jedno z narzędzi, ponieważ drugim narzędziem jest grupa wydzielonych świadczeń, które są odrębnie finansowane. Z takiej perspektywy w systemie zabezpieczenia mogły się znaleźć tylko te podmioty, które działają od pewnego czasu, czyli są pewne, a jednocześnie gwarantują należyty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku oddziałów geriatrycznych, które były w pozostałych szpitalach I stopnia, II stopnia, a posiadały oddziały geriatryczne w rozumieniu profile geriatryczne, w tym przypadku chodzi akurat o oddziały, to w takim szpitalu są finansowane jako profil dołączony do chorób wewnętrznych. Czyli oddziały geriatryczne są finansowane przez profil chorób wewnętrznych. Pełne wykonanie tego oddziału geriatrycznego z roku 2015 (tak jak wszystko zresztą z roku 2015, bo to jest podstawa finansowania ryczałtu wyznaczonego na pierwszy okres obliczeniowy) zostało włączone do tego ryczałtu.

Trzeba dodać, że jest pełna współmierność wykonywania świadczeń na oddziale geriatrycznym i oddziale chorób wewnętrznych. Tę współmierność określa zarządzenie prezesa NFZ. Jest też wycena świadczeń geriatrycznych, a wykonywanie świadczeń geriatrycznych poprzez rozliczany profil chorób wewnętrznych ma to do siebie, że jest zmniejszony wymóg, ponieważ nie potrzeba dwóch lekarzy geriatrów, a więc tym samym lekarz geriatra może być wsparciem dla całego szpitala. Łącznie jest 46 oddziałów, które znajdowały się w systemie i co najmniej dwa lata miały umowę na profil geriatrii. W szpitalach, czy oddziałach, które nie znalazły się w sieci, jak np. na Mazowszu, umowa została anektowana i w przyszłym roku może być ogłoszony konkurs.

Dlaczego mówię może, chociaż zamierzenia są takie, żeby ten konkurs ogłosić? Chcę państwu przypomnieć, że znajdujemy się w systemie kontraktowania świadczeń, który polega na konkursach ofert. Konkurs ofert polega na tym, że ktoś może przegrać. O tym już dawno zapomnieliśmy, bo od roku 2012 nie przeprowadzano wielkich konkursów w skali całego systemu, tylko aneksowano umowy. A istota funkcjonowania tego systemu polega na konkursie i w części oddziałów, np. gdzie były ogłaszane konkursy na rehabilitację, niektóre podmioty, wykonujące do tej pory świadczenia, nie weszły, a weszły inne. Na tym polega system konkursowy, że ktoś może do tego systemu nie wejść, pomimo że był w tym systemie.

Podsumowując, w tym systemie się znalazło 46 oddziałów geriatrycznych. Będą jeszcze ogłaszane konkursy zgodne z planem zakupu świadczeń przygotowane przez NFZ, ze szczególną preferencją ośrodków naukowo-dydaktycznych, ponieważ, tak jak każdemu, kto się zajmuje tym obszarem, i Wysokiej Komisji również, zależy nam na tym, żeby lekarzy geriatrów było jak najwięcej, dlatego istotne jest, żeby te ośrodki się rozwijały przy ośrodkach naukowo-dydaktycznych.

Jeśli chodzi o miejsce rehabilitacji w sieci. System tzw. sieci, czyli system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został zbudowany dla szpitali, realizujących zakres lecznictwa szpitalnego. To jest odrębna pozycja np. planu finansowego. Rehabilitacja lecznicza jest odrębnym zakresem, zresztą opisanym w ustawie, i ten zakres został dołączony do tych szpitali, które weszły do systemu zabezpieczenia. Z tego względu podmioty realizujące wyłącznie świadczenia rehabilitacyjne, nie weszły do systemu. System rehabilitacji jest bowiem odrębnym systemem i podlega takiej samej regulacji, jak do tej pory, czyli zasadzie konkursu świadczeń. Jest kilka podmiotów, które realizują świadczenia stricte rehabilitacyjne, tzw. szpitali rehabilitacyjnych. W Małopolsce ogłoszono konkurs, a w pozostałych, jeśli konkursy nie były ogłoszone, umowy aneksowano i w perspektywie półrocza, ze względu na możliwość logistycznego przeprowadzenia tego procesu, bo to jest duży proces wejścia…

Dlaczego ten proces jest duży? Dlatego, że od bardzo dawna nie ogłaszano tych konkursów w skali całego systemu. Największa skala dotyczy lecznictwa ambulatoryjnego, ustawowo przedłużono więc aneksowanie do połowy przyszłego roku. W pozostałych zakresach, w zależności od możliwości logistycznych, a także skali, bo jest różnica między małym i dużym oddziałem wojewódzkim, te konkursy zostaną przeprowadzone do połowy przyszłego roku. Rehabilitacja, która się znalazła w systemie zabezpieczenia…

Jeszcze raz powtórzę, że zasada budowy sieci szpitali, budowy systemu zabezpieczenia polegała na tym, że jeśli szpital znalazł się w systemie zabezpieczenia, to rehabilitacja stacjonarna i dzienna, którą realizował podmiot, wchodzi w kontrakt z NFZ. Myślę, że przykładem takiego szpitala, który w znacznej mierze jest szpitalem rehabilitacyjnym, ale nie tylko, jest szpital dla dzieci w miejscowości Ameryka, ale ponieważ wykonuje też inne świadczenia, znalazł się w systemie zabezpieczenia przez tzw. drogę wskazania specjalnego. Taką możliwość przewidziała ustawa – w wypadku szpitali, które nie znalazły się w systemie zabezpieczenia, a pełnią istotną rolę w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, dyrektor oddziału NFZ umieszcza taki szpital w wykazie, pod warunkiem, że Minister Zdrowia wydał dla tego szpitala pozytywną opinię. Ale kryterium wejścia tą drogą do systemu zabezpieczenia było posiadanie umowy w trybie hospitalizacji, czyli tzw. hospitalizacji pełnej. Jeśli szpital nie miał takiego trybu… Czyli można powiedzieć, że do sieci szpitali wchodziły tylko te podmioty, które miały umowę w trybie hospitalizacji. Dlatego szpitale rehabilitacyjne, tych kilka podmiotów, nie znalazły się w tej sieci, pomimo że zakres rehabilitacja został do systemu zabezpieczenia dołączony. Zrobiono tak, żeby zapewnić ciągłość leczenia i ciągłość udzielania opieki zdrowotnej.

Mamy nadzieję, że dzięki takiemu rozwiązaniu, dzięki korzystaniu z instytucji planu leczenia pewna ciągłość, a także pewna logika w dostępie do tych świadczeń zostanie poprawiona. Oczywiście wiele zależy od dyrektorów podmiotów leczniczych, którzy akurat w zakresie ryczałtowym… Rehabilitacja stacjonarna i dzienna nie wchodzi w wymiar ryczałtowy, jest finansowana odrębnie i tak jak wiele świadczeń jest rozliczana na takiej samej zasadzie, jak do tej pory. O tej zasadzie mówiłem wcześniej, że ona się troszkę zmieniła od 1 stycznia. Warto jeszcze dodać, że jeśli szpital startuje w konkursie na rehabilitację ambulatoryjną, bo mierzy się rynkowo z innymi podmiotami, które świadczą usługi ambulatoryjne, to ta usługa ambulatoryjna jest rozliczana w taki sam sposób jak obecnie, czyli nie jest dołączana do tej dużej umowy, tylko to jest odrębny sposób rozliczenia.

Mam nadzieję, że moje informacje będą wystarczające jako odpowiedź na pytania.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję za wyczerpującą wypowiedź pana ministra. Jeszcze pan przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Jak pan minister wie, wizytowaliśmy oddział geriatryczny w szpitalu wolskim. Oddział ma 36 łóżek, nie znalazł się w sieci szpitali również ze względu na to, że istnieje dopiero rok i 10 miesięcy, czyli nie spełniał tego dwuletniego kryterium. Ale jest tu okoliczność, na której nam szczególnie zależy, mianowicie ten oddział jest również ośrodkiem specjalizacyjnym. W związku z tym pytanie może bardzo techniczne i regionalne – czy istnieje możliwość w przypadku konkursu w oddziale mazowieckim, który, jak pan minister wie, jest największym oddziałem, stworzenia takich warunków, że konkurs zostanie oddzielnie przeprowadzony dla Warszawy, która też jest miastem specyficznym, bo największym w Polsce i z największymi potrzebami, i oddzielnie dla pozostałej części Mazowsza?

Być może tego typu podział umożliwiłby taką oto sytuację, że w ramach przyznanych świadczeń medycznych ośrodki z Warszawy zajmowałyby się opieką geriatryczną w oddziałach szpitalnych w odniesieniu do mieszkańców Warszawy, a ośrodki pozawarszawskie mieszkańcami z Mazowsza. Czy to jest w ogóle możliwe, w sensie procedury, która obowiązuje w oddziałach NFZ? To chyba najważniejsze pytanie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Pan minister chce się odnieść do wypowiedzi? Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu MZ Piotr Gryza:

Tak – to moja odpowiedź. Jest taki mechanizm w ustawie, że dyrektor oddziału na podstawie planu zakupu świadczeń określa obszar kontraktowania i liczbę umów w danym obszarze kontraktowania. To jest mechanizm niestworzony przez nas, że tak powiem, tylko już istniejący w tym systemie prawnym i wykorzystywany przez dyrektorów oddziałów nie tylko do geriatrii, ale do wszystkich zakresów.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Czyli w tym przypadku też mógłby być decyzją dyrektora oddziału zastosowany, tak?

Podsekretarz stanu MZ Piotr Gryza:

Panie pośle, wolałbym się uchylić od tej odpowiedzi dlatego, że to jest kompetencja dyrektora oddziału.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł dokładnie wypytał. A czy ktoś z państwa chciałby może zadać pytania? Naszych gości, którzy zabiorą głos, proszę o przedstawianie się. Pan doktor Sapuła ekspert naszej Komisji. Proszę bardzo.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Szanowni panowie przewodniczący, szanowni państwo. Rafał Sapuła stały doradca Komisji, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, a jednocześnie mam przyjemność być członkiem zespołu eksperckiego w AOTMiT, jeżeli chodzi o rehabilitację. Chciałbym bardzo serdecznie w imieniu środowiska i pacjentów podziękować za podjęcie tej inicjatywy, bo rzeczywiście system rehabilitacji był zdecydowanie nieuporządkowany i chciałbym podkreślić, że są to prace pionierskie. Żadna agencja, odpowiednik AOTMiT, nie podjęła do tej pory prac nad wszechstronną analizą efektywności i uporządkowania procesu rehabilitacji, z uwzględnieniem zasad evidence-based medicine.

Co te zmiany dadzą pacjentowi, bo to jest bardzo istotne? Przede wszystkim pozwolą na właściwy wybór świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów i poprzez uporządkowanie również systemu finansowania rehabilitacji, będziemy mogli zdecydowanie więcej zaoferować pacjentom, którzy najbardziej potrzebują pomocy. Szczególnie duży nacisk w tych pracach jest położony na rehabilitację osób, wymagających pilnej i wczesnej rehabilitacji. Jeżeli prześledzimy dane i czas oczekiwania na rehabilitację tzw. pilną dla pacjentów z dysfunkcjami narządu ruchu, to czas oczekiwania w tej chwili wynosi 156 dni, czyli pacjent po ciężkim urazie, po ciężkiej operacji musi w trybie pilnym oczekiwać około pół roku na przyjęcie do oddziału rehabilitacji. Dzięki nowemu systemowi sytuacja na pewno się zmieni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję panu serdecznie. Pan prosił o głos. Proszę bardzo.

Przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Chciałbym się chwilę zatrzymać nad finansowaniem rehabilitacji przez NFZ w warunkach domowych. Wyczytałem w materiałach, że zaledwie 5 tys. osób w skali kraju skorzystało z takiej rehabilitacji. Mówię to dlatego, że reprezentuję chorych, którzy w trzecim etapie swojej choroby często są osobami leżącymi. Osób, które dotknęła demencja, w szczególności choroba Alzheimera, jest na pewno powyżej 100 tys. A osób, które uzyskały te świadczenia, jest 5 tys. Z drugiej strony liczba świadczeniodawców w danym kraju, aż 46 podmiotów, budzi moje duże zaniepokojenie.

Rozumiem, że osoby leżące dotykają różne choroby, nie tylko demencyjne. Moje pytanie – jaka jest przyczyna wykluczenia tych osób z rehabilitacji? Jakie są plany w tym zakresie MZ? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa ma do pana ministra pytanie? Proszę bardzo.

Prezes Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie, przedstawiciel Pracodawców RP Jerzy Karwowski:

Jerzy Karwowski, Pracodawcy RP, prezes Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie. Z przyjemnością wysłuchałem tych nowości, które proponuje ministerstwo. Bardzo ciekawe jest to, że wreszcie ma być premiowana efektywność rehabilitacji, oczekiwaliśmy na to od dawna. Chciałbym również zauważyć, że przy wczesnej rehabilitacji neurologicznej w ogóle nie ma nic o wymaganiach personelu medycznego. My zatrudniamy na 10 pacjentów jednego pracownika, który spełnia pomocnicze funkcje w szpitalu. Na to chciałbym zwrócić uwagę.

Pragnę podziękować panu przewodniczącemu Szczerbie za pytania zadane panu ministrowi. Nie jestem w pełni usatysfakcjonowany odpowiedzią. Na konkursy miało być przeznaczone mniej więcej 9% środków, okazało się, że w rehabilitacji na Mazowszu nie na ma nawet 6% i dostaliśmy przeciętnie po trzydzieści parę procent środków, które mieliśmy do tej pory. Obawiam się, że duże szpitale, które są sprofilowane na jedną działalność, np. rehabilitacyjną, ortopedyczną i neurologiczną, nie dostaną takich samych środków, jakie miały do tej pory, a potrzebne są nawet większe, bo możliwości są znacznie większe niż dotychczas. Jest to ogromny dorobek, który może być zmarnowany przez brak pieniędzy; ten algorytm może być szczególnie niesprawiedliwy na Mazowszu. Wiadomo, że liczba mieszkańców w Warszawie wynosi około 2 mln, ale z usług medycznych korzysta prawie dwa razy tyle. Myślę, że Warszawa i powiaty ościenne powinny otrzymać zdecydowanie więcej środków. Wiem, że dostaliśmy na rehabilitację dodatkowo 30%, ale to wszystko jest za mało. I oby nie było tak, jak ze świadczeniami szpitalnymi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Padły trzy pytania. Panie ministrze, jeżeli pan uzna, że teraz odpowie, proszę o odniesienie się do tych wypowiedzi.

Podsekretarz stanu MZ Piotr Gryza:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Jest pewna delikatność rzeczy, jeśli mam się ustosunkować do wypowiedzi pana dyrektora, ponieważ pan jest jednym z podmiotów, który konkuruje na rynku, i nie wiem, jak minister powinien się ustosunkować do jednego podmiotów. Jest procedura konkursowa, jest odpowiedni organ, który podejmuje decyzje i jest pewna zasada dotarcia do środków publicznych. I tak mogę odpowiedzieć. A konkurs polega na tym, że ktoś wchodzi w ten system, albo nie wchodzi, bo po prostu zwyczajnie przegrał. I jest tutaj wiele uwarunkowań, które ostatecznie definiuje na podstawie regulacji prawnej dyrektor oddziału.

Jeśli chodzi o to, że potrzebne są większe środki, to minister zdrowia nie od dzisiaj zabiega o to. Projekt ustawy, który został przyjęty wczoraj przez Radę Ministrów, jest jakimś wyjściem w tę stronę.

Co do algorytmu wyrównania finansowego, bo jak sądzę, panu dyrektorowi chodziło również o to. Kwestia, jakie środki są przeznaczone na obszar Warszawy, podwarszawski

czy inne obszary województwa, to jest oczywiście decyzja dyrektora oddziału. Jakie środki są przeznaczane na poszczególne oddziały wojewódzkie, to jest mechanizm algorytmu finansowego, który na razie, na podstawie deklaracji ministra zdrowia, nie będzie zmieniany. Dlaczego? Dlatego że nikt by nie był zadowolony z rozpoczęcia kolejnej procedury ustalania algorytmu wyrównania finansowego, bo to się wiąże ze zderzeniem różnych ocen wszystkich województw. Z tego powodu nie będziemy tego algorytmu zmieniać.

Jeśli chodzi o rehabilitację domową, to poproszę panią dyrektor o informację na ten temat.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kamila Malinowska:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo. Świadczenia rehabilitacji leczniczej realizowane w warunkach domowych są dostępne w dwóch formach. Pierwsze takie świadczenie to jest porada lekarza rehabilitanta i zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane przez fizjoterapeutę. Czas rehabilitacji w warunkach domowych dostępnych w tej chwili dla pacjenta wynosi do 80 dni zabiegowych, nie więcej niż po pięć zabiegów dziennie. W uzasadnionych potrzebą zdrowotną pacjenta przypadkach czas realizacji rehabilitacji może być wydłużony na wniosek świadczeniodawcy, jeśli zgodzi się na to dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ.

Liczba podmiotów, które realizują takie porady, jest określona warunkami naszych świadczeń. Trudno jest mi jednoznacznie skomentować to, co pan powiedział, dlatego że nie wiem, czy chodzi o to, że tych podmiotów jest za mało, czy świadczeń dla pacjentów jest udzielanych za mało. Dominujący obszar świadczeń w obszarze rehabilitacji leczniczej to obecnie świadczenia ambulatoryjne; w dużej mierze świadczenia dla pacjentów, którzy wymagają rehabilitacji, są udzielane w warunkach ambulatoryjnych.

Zależy nam na tym, żeby rehabilitacja w ogóle była jak najbliżej pacjenta, dlatego że te świadczenia w znacznej części mogą być wykonywane albo przy łóżku chorego, albo w warunkach ambulatoryjnych. A świadczenia szpitalne powinny być zarezerwowane dla tych pacjentów, którym w trybie ostrym i szybko w związku z wykonanym zabiegiem należy ich udzielić. Takie przesunięcie realizacji świadczeń będzie trwało. Ono oczywiście wymaga też pochylenia się nad tym, w jakich warunkach jest prowadzona rehabilitacja, jakie są wymagania dla poszczególnych świadczeniodawców. Do połowy tego roku te wymagania były dość wysokie, gdyż w warunkach domowych i w ambulatoryjnej fizjoterapii wymagano kwalifikacji fizjoterapeutów na poziomie specjalistów. One od połowy roku się zmieniły i wymagamy magistrów fizjoterapii lub osób, które są fizjoterapeutami. To będzie się zmieniać. Mam nadzieję, że już niedługo pacjenci odczują różnicę w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję panu ministrowi i pani dyrektor. Szanowni państwo, czy ktoś ma jeszcze w tym punkcie pytania? Pan doktor Sapuła.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Ja w uzupełnieniu wypowiedzi pani dyrektor chcę ad vocem podkreślić, że właśnie w tej chwili prace w AOTMiT zmierzają do tego, żeby dotrzeć z rehabilitacją do osób najbardziej potrzebujących. A okazuje się, że forma fizjoterapii ambulatoryjnej jest najmniej efektywna, więc na pewno będą takie możliwości, żeby pacjentów, którzy wymagają zdecydowanie pilnej i domowej rehabilitacji, też tą rehabilitacja objąć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie, to stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Dziękuję bardzo panu ministrowi, pani dyrektor.

Szanowni państwo, teraz przejdziemy do drugiego punktu naszego posiedzenia. Proszę o zabranie głosu pana Zbigniewa Króla podsekretarza stanu w MZ, który przybliży nam temat dotyczący programów profilaktyki zdrowotnej dla osób starszych. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, Wysoka Komisjo. W ślad za dokumentem, który otrzymali państwo w wielostronicowym skrócie, chciałbym przedstawić zarys informacji dotyczącej opieki profilaktycznej nad osobami w podeszłym wieku. Po pierwsze, należałoby stwierdzić, że w rodzajach programy zdrowotne oraz podstawowa opieka zdrowotna nie mamy jeszcze wydzielonych programów lub świadczeń kierowanych wyłącznie do osób powyżej 60. roku życia. Jednakże wśród tych osób znajdują się również takie, którym specjalne programy polityki zdrowotnej, czy programy profilaktyki realizowane na różnych szczeblach i przez różne instytucje są dedykowane.

I tak na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje i finansuje następujące programy profilaktyczne (przedstawię tylko te kierowane do osób, które osiągają wiek powyżej 60 lat): „Program profilaktyki raka piersi", wykonuje się mammografię co 24 miesiące u kobiet w wieku od 50 do 69 lat, co 12 miesięcy u kobiet w tym samym wieku, u których w rodzinie wystąpił rak piersi (u matki, siostry lub córki) lub mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2. W 2016 r. wykonano ponad milion badań mammograficznych.

„Programy profilaktyki chorób układu krążenia" – są nimi objęte grupy wcześniejsze wiekowo, w związku z tym można tu tylko wskazać ofertę dla 55-latków.

„Program profilaktyki gruźlicy" są stosowane we wszystkich grupach wiekowych. Ich realizacja jest zgodna z planami.

Należy także wskazać, że NFZ przeznacza wyższe środki na finansowanie świadczeń udzielanych osobom starszych w ramach POZ, w odróżnieniu od innych grup wiekowych. Lekarz POZ np. za świadczenia udzielane pacjentom od 66. roku życia do ukończenia 75. roku życia, otrzymuje stawkę kapitacyjną 2,5-krotnie wyższą niż za te same świadczenia udzielone osobie dorosłej poniżej 66. roku życia. Pielęgniarka POZ za świadczenia udzielane pacjentom powyżej 65. roku życia otrzymuje dwa razy większą stawkę.

W odniesieniu do programu polityki zdrowotnej należy wspomnieć o „Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych" realizowanym w latach 2016–2024. Ze środków tego programu finansowane są działania skierowane m.in. do osób po 60. roku życia, przykładowo jest to wykonywanie profilaktyki raka jelita grubego czyli badań kolonoskopowych. Ponadto z tych środków finansowany jest program badań w kierunku wykrywania raka płuca, niezależnie od grup wiekowych. W ramach tego projektu prowadzi się badania przesiewowe płuc niezależnie od wieku i płci. W badaniach tych mogą wziąć udział osoby, które kwalifikują się do grupy ryzyka zagrożenia rakiem płuc, a należą do nich osoby w wieku od 50 do 70 lat, palące papierosy lub wyroby tytoniowe co najmniej 20 lat oraz osoby narażone na ekspozycję czynników rakotwórczych (azbest, radon, uran, arszenik). W 2016 r. wykonano ponad 8 tys. badań za ponad 2 mln zł.

Kolejny program, który warto przedstawić państwu, to „Program zapobiegania depresji na lata 2016–2020". W 2017 r. w ramach realizacji tego programu planowane jest zadanie pn. Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej. Wśród grup o podwyższonym ryzyku depresji wyodrębniono m.in. grupę osób w wieku podeszłym. W ramach tego zadania zostaną materiały skierowanych m.in. do jednostek POZ z prośbą o ich kolportaż, ale również do szpitali geriatrycznych, czy miejsc, gdzie są obsługiwani pacjenci w wieku podeszłym. Jednocześnie w latach 2017–2020 w tym programie zaplanowano przeprowadzenie badania pt. „Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu". Planuje się opracowanie i zrealizowanie odpowiedniej strategii medialnej, która ma objąć możliwie jak największą populację Polski.

Wśród realizowanych programów jest również „Program wsparcia ambulatoryjnego leczenia zespołu stopy cukrzycowej". W 2016 r. w ramach tego programu rozpoczęto zadanie pn. „Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą". Nie jest ono skierowane wprost do osób starszych, niemniej ze względu na rosnące wraz z wiekiem ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne, osoby te będą należeć najprawdopodobniej do głównej grupy odbiorców.

Zadania na rzecz promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej osób starszych realizowane są także na mocy ustawy o zdrowiu publicznym oraz rozporządzenia Rady

Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. W NPZ na lata 2016–2020 wyodrębniony został Cel Operacyjny 5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się, dedykowany bezpośrednio potrzebom osób w wieku 60+.

W 2016 r. w Celu operacyjnym 5. ogłoszono pięć konkursów i rozstrzygnięto trzy postępowania konkursowe. Dwa z tych konkursów nie zakończyły się sukcesem, ponieważ nie złożono ofert, a z tych trzech w dwóch przypadkach podpisano umowy. Rok 2016 nie był szczęśliwy dla NPZ, dlatego że rozporządzenie było przygotowane dopiero w drugiej połowie roku i finansowanie w ślad za tym było utrudnione. Te relacje zdecydowanie się poprawiły w bieżącym roku.

Umowy na wykonanie zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „Realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych dla pacjentów" zostały podpisane z trzema realizatorami. W ramach tych zadań jeden z realizatorów – Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny w Zakopanem objął grupę osób starszych kompleksową opieką przez specjalistów z różnych dziedzin, m.in. lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów, dietetyków oraz psychologów. Podczas indywidualnych spotkań z dietetykiem postawiono pacjentom diagnozy żywieniowe, przekazano zalecenia dietetyczne, uzgodniono indywidualne plany zapobiegania nieprzestrzeganiu zaleceń terapeutycznych z zakresu zagadnień dietetycznych.

Na spotkaniach z fizjoterapeutą mówiono m.in. o piramidzie aktywności fizycznej, metodyce wykonywania ćwiczeń oraz barierach powstrzymujących przed aktywnością fizyczną. Spotkania z psychologiem były okazją m.in. do przeprowadzenia rozmów zmierzających do zmotywowania pacjenta do zmiany postawy z biernej na aktywną w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Pielęgniarki zebrały wywiad na temat dotychczasowego stylu życia oraz przekazały zalecenia pielęgnacyjne. Lekarze prowadzili edukację w zakresie indywidualnych modeli optymalizujących terapię, ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania polipragmazji oraz motywowali pacjentów do zmiany postawy na aktywną w przestrzeganiu zaleceń.

Po pół roku od wdrożenia programu w ramach realizacji tego zadania zostanie przeprowadzona jego ewaluacja oraz wyciągnięte wnioski, które mogą być pomocne w planowaniu kolejnych działań w tym zakresie. Docelowo do końca 2017 r. z działań zaplanowanych przez szpital ma skorzystać 150 osób powyżej 60. roku życia. Czekamy na wyniki, szczególnie ewaluacji, aby osiągnięte rezultaty można było bardziej upowszechnić.

W 2017 r. w ramach Celu Operacyjnego 5. ogłoszono sześć konkursów, podpisano umowy z trzema oferentami, w trzech przypadkach trwają negocjacje konkretnych zapisów umów. Z uwagi na niski poziom wiedzy osób starszych w zakresie informacji zamieszczonych na opakowaniach produktów żywnościowych, tj. oceny ich składu, wartości odżywczych, dodatkowych substancji i aromatu, ogłoszono konkurs na przeprowadzenie szkoleń w zakresie czytania produktów żywnościowych dla osób w wieku 60+. Wypracowanie tych umiejętności wśród osób starszych jest niezmiernie ważne, gdyż niejednokrotnie borykają się one z wieloma chorobami jednocześnie i przyjmują różnorodne leki, które mogą interferować ze składnikami pożywienia. Jednocześnie z zaleceń lekarskich przy danym schorzeniu, alergii lub nietolerancji pokarmowej może wynikać konieczność stosowania określonej diety, w tym unikania pewnych pokarmów i składników, zatem konsument powinien znać i rozumieć informacje zamieszczone na opakowaniu produktów żywnościowych. Realizator, w tym przypadku T&A Medica spółka z o.o., zobowiązał się do przeszkolenia w tym zakresie minimum 1500 osób starszych. Na te działania przeznaczono około 300 tys. zł.

W ramach podpisanych umów są prowadzone również szkolenia dla dietetyków, obejmujące zagadnienia żywienia osób starszych dla utrzymania dobrego stanu zdrowia oraz prowadzenia prawidłowego leczenia żywieniowego seniorów. Tu niezbędni są specjaliści, którzy profesjonalnie się zajmą dostosowaniem diety do stanu zdrowia, z monitoringiem stanu odżywienia osób w wieku 60+.

Warunkiem rozwoju sprawnego systemu poradnictwa dietetycznego jest właściwe kształcenie dietetyków, którzy powinni mieć nie tylko dobre przygotowanie teoretyczne z zakresy fizjologii i patofizjologii żywienia oraz starzenia, lecz także, a może przede wszystkim powinni zdobyć praktyczne umiejętności w tym zakresie. Realizator, tj. Sto-

warzyszenie Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, został zobowiązany do przeszkolenia w tym zakresie minimum 800 osób. Kwota, którą zaplanowano na realizację szkoleń wynosi niemal 750 tys. zł. Jednocześnie mając na względzie lepsze przygotowanie kadr medycznych do opieki nad osobami starszymi, zaplanowano przeprowadzenie szkoleń dotyczących opieki geriatrycznej, skierowanych do grupy fizjoterapeutów. Jest to grupa pracowników mających częsty kontakt z pacjentami w wieku 60+ ze względu na liczbę schorzeń narządów ruchu, a także urazów i złamań w tej grupie wiekowej. W ramach tego zadania działaniami edukacyjnymi ma zostać objętych 2 tys. fizjoterapeutów. Na realizację tego zadania w latach 2017-2018 zaplanowano niemal 3,8 mln zł. Realizatorem jest Nowa Rehabilitacja sp. z o.o.

Planuje się również realizację zadania, którego celem ma być zaproponowanie schematu oceny pacjenta po 60. roku życia na oddziałach szpitalnych według wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia. W efekcie przeszkolony personel medyczny będzie mógł przeprowadzić ocenę geriatryczną pacjenta. Na realizację tego zadania zaplanowano ponad milion zł. Aktualnie trwają negocjacje postanowień umowy. Oferent, który został wybrany w konkursie, to EMC Silesia sp. z o.o.

W ramach środków NPZ na lata 2016-2020 zaplanowano również przeprowadzenie obszernego badania poszczególnych obszarów zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Analogicznie do badania PolSenior wysokość środków przeznaczonych na przeprowadzenie tego badania epidemiologicznego wyniosła ponad 12 mln zł. Planuje się zbadanie sytuacji epidemiologicznej ponad 5,5 tys. osób starszych w Polsce, m.in. w zakresie chorób neurologicznych wieku podeszłego, w tym udarów mózgu i choroby Parkinsona, zaburzeń i chorób psychicznych specyficznych dla wieku 60+, w tym depresji, zaburzeń funkcji poznawczych i chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, zachowań żywieniowych i stanu odżywienia, w tym otyłości, częstości występowania chorób i ich powikłań, stanu narządów, w tym wzroku i słuchu, występowania upadków i urazów, w tym potłuczeń, zranień, złamań oraz ich następstw, w szczególności okoliczności urazów i metod leczenia oraz aktywności fizycznej, rekreacyjnej, turystycznej. Badanie obejmuje także sytuację społeczną i ekonomiczną osób starszych w Polsce, m.in. w zakresie sytuacji materialnej osób starszych oraz ich warunków zamieszkania, oceny jakości życia, aktywności zawodowej, sytuacji rodzinnej i więzi rodzinnych, w tym stanu cywilnego, forum życia rodzinnego, częstości kontaktów rodzinnych i relacji rodzinnych, a także potrzeb opiekuńczych osób starszych. Do realizacji zadania wskazano jednego oferenta, aktualnie z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym trwają negocjacje postanowień umowy.

Dodatkowo w ramach Programu Edukacyjnego Wiedza – Edukacja – Rozwój, programu szerzej znanego jako PO WER, w latach 2015-2017 jest realizowany projekt pn. „Opracowanie koncepcji założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej”, którego celem jest opracowanie 15 ogólnokrajowych programów polityki zdrowotnej, ukierunkowanych na przeciwdziałanie chorobom stanowiącym istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej. Głównym założeniem projektu jest opracowanie programów profilaktycznych, które będą wdrażane w kolejnych latach realizacji PO WER. Planowane do opracowania programy profilaktyczne nie są wprost skierowane jedynie do osób starszych, jednak również mogą obejmować zakresem swoich działań tę grupę.

Podsumowując, warto podkreślić, że co do zasady dla każdego programu tworzona jest grupa robocza, której zadaniem jest opracowaniem programu polityki zdrowotnej. W pracach każdej grupy oprócz przedstawicieli MZ ma uczestniczyć wyłoniony zgodnie z przepisami ekspert zewnętrzny. Do uczestnictwa w tych pracach zaproszono również przedstawicieli NFZ oraz organizacje reprezentujące pacjentów. Dziękuję, panie przewodniczący, za uwagę.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są pytania do pana ministra na temat informacji w drugim punkcie? Pan przewodniczący, proszę bardzo.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję za informację. Mam kilka pytań o programy polityki zdrowotnej, dotyczących profilaktyki oraz programu badawczego, o którym mówił pan minister. Po pierwsze, wszyscy wiemy, że jest nowa ustawa o zdrowiu publicznym, uchwalona 11 września. Ta ustawa mająca ściśle określone ramy finansowe zawarte w ustawie, przewidywała maksymalny limit wydatków budżetu państwa w 2016 r. na 70 mln zł, w tym roku jest to 80,7 mln zł. No i pierwsze pytanie – czy ten maksymalny limit na realizację ustawy w 2016 r. został osiągnięty i jak to może wyglądać w tym roku? Innymi słowy – czy realizujemy zapowiedziane w ustawie i wyznaczone w niej maksymalne limity, które powinny być wydatkowane na realizację i finansowanie ustawy?

Druga sprawa to jest taka neverending story, czyli upominanie się, również na podstawie najnowszego raportu NIK, o program zdrowotny, który by dotyczył chorych na alzheimera i choroby otępienne. Czy i w jakiej perspektywie MZ planuje przygotowanie i wdrożenie programu polityki zdrowotnej, który byłby takim Narodowym Planem Alzheimerowskim, dotyczącym tej grupy chorych? Wydaje się, że wytyczna NIK w tej sprawie jest jednoznaczna. Przypomnę również, w obecności pana prezesa stowarzyszenia, że jest ten obywatelski projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego, który może stanowić podstawę do dalszych prac ministerstwa; oczywiście gdy zapadnie decyzja w tej sprawie.

Ostatnie pytanie dotyczy tego programu badawczego. Mówią państwo o kwocie 12 mln zł. Cieszę się z każdego programu badawczego, tylko mam pytanie – jakie jest źródło finansowania tego badania, które miałby wykonywać Gdański Uniwersytet Medyczny? Czy to są środki przewidziane na realizację ustawy o zdrowiu publicznym? Pamiętajmy, że PolSenior był projektem finansowanym przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, czyli ze źródła, które wydaje się bardziej adekwatne. Jeżeli pan minister potwierdzi lub też nie, że to są środki przewidziane, ogólnie mówiąc, na zdrowie publiczne, to wydaje się, że trochę szkoda, że one nie będą wydatkowane na konkretne programy zdrowotne, tylko na badania. Chciałbym uzyskać jednoznaczną informację na ten temat. Trochę szkoda, jeżeli tym ośrodkiem, który miałby przeprowadzić to badanie, będzie Gdański Uniwersytet Medyczny, który nie uczestniczył we wcześniejszym badaniu. A przecież te badania mają to do siebie, że możemy porównywać pewne aspekty społeczne, gospodarcze, sytuację osób starszych i warto, żeby te badania były w jakiejś mierze ze sobą powiązane. Czy państwo rozważali możliwość, że warto by było skorzystać z tego doświadczenia? Ten zespół badawczy, który został skonstruowany, ma osiągnięcia, przecież to były największe w skali UE badania przeprowadzone pod kierownictwem prof. Błędowskiego. To są te trzy pytania: kwestie finansowe, kwestie planu alzheimerowskiego i nowego programu polityki zdrowotnej oraz owego programu badawczego, ciekawego, ale wydaje się, że z pewnymi wątpliwościami co do źródeł finansowania lub też co do realizatora. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję, panie pośle. Czy ktoś z parlamentarzystów chciałby zadać pytanie? Nie ma chętnych. To proszę pana ministra, a później będziemy prosili gości o zabranie głosu.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Panie przewodniczący, panowie posłowie, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Odpowiem na punkt dotyczący Alzheimera, bo jesteśmy na wstępnym etapie rozmów na temat pilotażu z konsultantem krajowym z dziedziny neurologii. Wstępny etap dlatego, że ustawa pilotażowa jest w tej chwili przyjęta przez Senat, czekamy na podpis prezydenta. Ona nam umożliwi stworzenie i przetestowanie określonych rozwiązań w mniejszej populacji, tak żeby później w całym kraju je stosować. Mam poczucie, że za wcześnie na przedstawienie konkretnych koncepcji. Chcemy uwzględnić badania międzynarodowe, ale dostosować je do warunków polskich i możliwości finansowych oraz systemu opieki zdrowotnej, który też byłby brany pod uwagę.

Jeśli chodzi o finansowanie zarówno w 2016 r., jak i w 2017 r., a także o projekt PolSenior, poprosiłbym o udzielenie odpowiedzi pana dyrektora Poznańskiego, który brał udział również w tym pierwszym polskim badaniu PolSenior z ramienia MZ.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Szanowni państwo posłowie, szanowni państwo. Nie pracowałem jeszcze w MZ, gdy rozpoczynał się tamten program, ale rzeczywiście ministerstwo było beneficjentem tego programu i mieliśmy kontakt z zespołem badawczym, który prowadził projekt. Zacznę właśnie od realizatora tego badania. Faktycznie, to jest jedno z działań. Dlaczego ten projekt badawczy jest finansowany ze środków przeznaczonych na realizację ustawy o zdrowiu publicznym i ze środków NPZ? To wynika z samej konstrukcji ustawy. Jest to program zdrowia publicznego, a na badania zdrowia publicznego, czyli podstawowe badania po prostu idzie jakaś pielęgniarka, jakiś zespół badaczy i waży, mierzy, pobiera jakieś próbki, ocenia stan zdrowia, zbiera ankiety.

W polskim systemie zawsze był problem, jak znaleźć źródło finansowania takich badań. Narodowe Centrum Badania i Rozwoju czy różni inni grantodawcy bardzo niechętnie podchodzili do takich badań, dlatego że tam nie było jakichś komponentów wdrożeniowych. Ktoś zbadał jakąś populację, ale siłą rzeczy z definicji nie było możliwości komercjalizacji tych wyników badań. Żeby postulaty środowiska, instytutów czy uczelni prowadzących badania z zakresu analizy sytuacji zdrowotnej ludności polskiej… W przepisach ustawy o zdrowiu publicznym jeden z artykułów określa, że na zadania o charakterze badawczym czy pilotażowym powinno iść nie mniej niż 10% kwoty przeznaczonej rocznie na NFZ. Ta kwota 12 mln zł jest zbliżona do faktycznego kosztu badania w pierwszej kohorcie badania PolSenior. To nie jest kwota na ten rok, ale przewidziana do wydatkowania do 2020 r.

To jest największe zadanie NPZ, bo jeżeli chcemy w sposób adekwatny oceniać sytuację, przygotowywać propozycje różnych interwencji profilaktycznych, leczniczych, musimy mieć dokładną wiedzę o sytuacji zdrowotnej w różnych grupach wiekowych. Jeżeli podpiszemy umowę i to badanie zacznie być realizowane, będziemy mieli unikatową możliwość dotarcia i możliwość przebadania grupy wiekowej np. 90-latków. O sytuacji zdrowotnej tej grupy w chwili obecnej praktycznie nie wiemy nic. Mamy jakieś informacje rozliczeniowe z NFZ, ale nie za wiele wiemy np. o takich potrzebach zdrowotnych, które są niezaspokojone z różnych względów, bo ktoś np. nie dotarł, nie otrzymał porady medycznej, więc to jest takie bardzo kreatywne badanie. Z tego, co wiem, w realizację tego projektu będzie zaangażowana pewna część badaczy, która realizowała też pierwsze badanie PolSenior, nie ma zatem utraty tego potencjału. Nie mogliśmy wybrać tego konsorcjum, bo poprzednie badanie było realizowane przez konsorcjum czterech podmiotów badawczych, a ustawa wymaga przeprowadzenia konkursu, no i to była jedyna oferta, jaka została złożona. Obecnie negocjujemy szczegóły. To jest bardzo skomplikowany projekt, o bardzo dużej skali, będzie realizowany do 2020 r.

Jeżeli chodzi o finansowanie NPZ w 2016 r., ta kwestia już była wyjaśniana wielokrotnie. Niższe zaangażowanie środków proporcjonalne do upływu czasu w 2016 r. wzięło się po prostu z tego, że w czasie konsultacji NPZ się rozszerzył m.in. o bardzo istotne zadania dotyczące poprawy zdrowia prokreacyjnego. Okres konsultacji i współpracy z biurami eksperckimi trwał do wakacji, później jeszcze było uruchamianie środków z rezerwy celowej, i te kwestie proceduralne spowodowały, że konkursy mogliśmy ogłosić na przełomie trzeciego i czwartego kwartału. Siłą rzeczy więc wydatkowanie było proporcjonalne do upływu czasu. Środki np. przewidziane na realizację NPZ z Państwowych Funduszy Celowych nie przepadły, bo z funduszu ministra sportu czy z tzw. funduszu hazardowego te środki po prostu są cały czas na koncie i będą dysponowane sukcesywnie w kolejnych latach realizacji programu.

W tym roku, jeżeli chodzi o poziom wydatkowania, sytuacja jest dynamiczna, monitorujemy ją każdego dnia. Jest kilku dysponentów tych środków, którzy dokładają wszelkich starań, aby alokacja finansowa była na jak najwyższym poziomie. Mój departament np. przewiduje realizację na poziomie ponad 98% zaangażowania do końca roku. Ale, jak mówiłem, sytuacja jest dynamiczna, negocjujemy pewne rzeczy, czasem realizator, który prowadzi jakieś zadanie, np. ogłasza przetarg na zakup czegoś i ma jakieś oszczęd-

ności, to siłą rzeczy ten poziom zaangażowania będzie się finalnie różnił, ale na pewno będziemy robili wszystko, aby zaangażowanie było jak najwyższe.

Należy też zauważyć, że NPZ nie jest programem leczniczym, my finansujemy różne rzeczy. Tak jak państwo słyszeli w wypowiedzi pana ministra, to są różne programy edukacyjne, interwencyjne, zadania, które nie mogą być sfinansowane z innego źródła. I właśnie ustawa o zdrowiu publicznym została tak pomyślana, że środki przeznaczone na nią mają mieć taki charakter i dotykać takich zjawisk epidemiologicznych, takich czynników ryzyka czy takich interwencji, które nie mogą być finansowane ze środków NFZ. Każde zadanie ma zaszytą w sobie, że tak powiem, ewaluację i po zakończeniu tego roku i projektów będziemy się szczegółowo przyglądali rezultatom tych działań. NPZ to jest żyjący projekt, będziemy się po prostu adaptowali do tego, co przyniosą rezultaty ewaluacji i w przyszłym roku będziemy odpowiednio konstruowali ogłoszenia konkursowe i kontynuowali realizację zawartych umów wieloletnich. Mam nadzieję, że odpowiedziałem na zadane pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Pan poseł ma jeszcze jedno pytanie, tak?

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pytanie do pana ministra, bo nie do końca zrozumiałem tę inicjatywę Senatu. Rozumiem, że pan powiązał kwestię planu alzheimerowskiego z jakąś inną inicjatywą ustawodawczą, czy…

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

To jest ustawa pilotażowa, już procedowana przez parlament i przyjęta przez Senat, czekamy na podpis prezydenta. W ramach tej ustawy mamy możliwość przeprowadzania różnego rodzaju tzw. badań próbkowych w pewnych sytuacjach, przygotowywane są też w tej chwili określone programy. One nie dotyczą tematów dzisiejszego spotkania, ale korzystając z tych zapisów, chcemy podobną procedurę zastosować w świadczeniach czy grupie świadczeń dla konkretnych osób czy konkretnych populacji, żeby nie przeprowadzać całego procesu i wdrażania systemu w całej Polsce, co zwykle jest kosztowne i z nieprzewidywalnym efektem. Stąd też właśnie przy okazji chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera (chcemy podejść kompleksowo) planujemy w ten sposób przetestować określone rozwiązania, np. prewencyjne czy wcześniejszej diagnostyki. To powiązanie dotyczyło tylko tego, że mamy już prawie gotowy akt prawny.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Nasi goście chcieli zadać pytania. Proszę bardzo

Prezes CKR w Konstancinie, przedstawiciel Pracodawców RP, Jerzy Karwowski:

Jeszcze raz Karwowski. Do tej bogatej listy programów proponuję dołączyć program wykrywania i leczenia osteoporozy. Osteoporoza jest przyczyną wielu schorzeń ortopedycznych, bardzo uciążliwych dla pacjenta, a system kosztują one kilkanaście razy drożej.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa? Proszę bardzo.

Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Zbigniew Wroński:

Dzień dobry, Zbigniew Wroński, Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Bardzo istotną rzeczą, poruszaną już od jakiego czasu, są programy profilaktyki upadków osób starszych.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Przepraszam pana na chwileczkę. Dziękujemy, panie ministrze za przybycie, za wyczerpujące informacje.

Wiceprezes KIF Zbigniew Wroński:

Upadki osób starszych generują olbrzymie koszty i wprowadzenie programu profilaktyki upadków mogłoby w dużym stopniu zmniejszyć wydatki. W krajach zachodnich są prowadzone takie programy, szacuje się, że dzięki temu można zmniejszyć koszty opieki nad pacjentami o 20-30%. Są to stosunkowo proste rzeczy organizacyjnie i dostępne przy

dużej samodzielności fizjoterapeutów, a także możliwe do przeprowadzenia w związku z wejściem w życie ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa jeszcze chce zabrać głos? Panie ministrze, chciałby się pan odnieść do wypowiedzi?

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Tak. Jeśli chodzi o profilaktykę upadku, to mówiłem o programie PO WER. W ramach tego zadania jest przewidywany taki program, a co do leczenia osteoporozy poproszę dyrektora Górskiego, żeby przedstawił plan w tym zakresie.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ Krzysztof Górski:

Dobry wieczór państwu, Krzysztof Górski, jestem zastępcą dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia. Rzeczywiście osteoporoza jest jednym z obszarów problematycznych, staramy się przygotować pewne rozwiązania o charakterze profilaktycznym, które są finansowane ze środków unijnych. Taki program został już opracowany, obecnie jest on na etapie oceny przez AOTMiT i mamy nadzieję, że w najbliższym czasie otrzymamy ocenę agencji. Jeżeli będzie ona pozytywna lub warunkowo pozytywna, a mamy taką nadzieję, możliwie jak najszybciej ogłosimy konkurs na realizatorów.

Przewidzieliśmy na ten program 10 mln zł. W obecnej formie jest on adresowany do kobiet powyżej 50. roku życia i opiera się na ścisłej współpracy pomiędzy ośrodkiem specjalistycznym a lekarzami POZ. Przewiduje również współpracę i powołanie koordynatora w szpitalnych oddziałach ratunkowych, który będzie identyfikował i klasyfikował osoby trafiające na szpitalny oddział ratunkowy (SOR) przede wszystkim ze złamaniami niskoenergetycznymi. Program, oprócz badań nad osteoporozą, będzie oferował również bardzo szeroka gamę działań edukacyjnych skierowanych do pacjentów, ale również do lekarzy POZ, którzy są włączeni w proces wczesnej diagnostyki identyfikacji problemów w tym zakresie.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Widzę, że jeszcze pan dyrektor prosi o głos. Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Krzysztof Górski:

Jeszcze o tej profilaktyce upadków. Faktycznie dostrzegliśmy ten program i tym zadaniem zajmuje się obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, który kataloguje dobre praktyki międzynarodowe. Tutaj nie trzeba odkrywać koła na nowo, tylko popatrzeć na rozwiązania stosowane i dostępne na świecie. Odpowiedni raport będzie przygotowany, łącznie z rekomendacjami dla ministerstwa, w jaki sposób zająć się profilaktyką upadków w ujęciu systemowym.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy są jeszcze osoby chętne do wypowiedzi? Jeżeli nie, to stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości.

Szanowni państwo, chciałem przekazać komunikat, że pani przewodnicząca Komisji złożyła do Prezydium Sejmu wniosek o realizację 15 listopada wyjazdowego posiedzenia Komisji w Zamościu. Czekamy na decyzję pana marszałka, prezydium, wierzymy, że będzie ona pozytywna. To informacja szczególnie dla pań i panów posłów.

Szanowni państwo, dziękuję państwu bardzo serdecznie za przybycie, panom ministrom i panom dyrektorom za przedstawienie w sposób merytoryczny tych informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.